

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Луопо Т.В., Парфенчик М.В., Островская О.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»*

Актуальность. Симптомокомплекс, получивший название «метаболический синдром» (МС), становится все более актуальным в настоящее время. Связано это с большой его распространенностью среди населения. Около 25% взрослого населения страдает этой патологией [1, 2]. Ожирение является одним из основных проявлений МС. По современным представлениям, именно в изменении характера питания и физической активности следует искать причины столь масштабного распространения ожирения. Патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения ожирения остаются предметом исследований. Причина воспалительного состояния при этой патологии кроется во взаимосвязанности и взаимообусловленности метаболической и иммунной систем, метаболическая неустойчивость приводит к иммунной неустойчивости. Возникновение в иммунологически ослабленном организме пациентов инфекции (грипп, ОРВИ и др.), является сильной дополнительной нагрузкой на иммунную систему, которая индуцирует уже имеющуюся иммунную недостаточность. Избыточное потребление пищевых веществ, и как следствие этого – ожирение связано с состоянием хронического субклинического воспаления, в связи с чем, значительно возрастает риск связанных с ним заболеваний, включая атеросклероз, диабет, инфекционные заболевания дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и жировой гепатоз [1, 2]. Таким образом, оптимальный пищевой и метаболический гомеостаз – важная составная часть иммунной системы и хорошего здоровья. Повышение массы тела с отложением жира в абдоминальной области способствует дополнительной активации тромбоцитарного звена гемостаза, способствуя развитию внутрисосудистого тромбообразования, что обуславливает инвалидизацию и высокую смертность среди работающего населения.

Причина воспалительного состояния при ожирении кроется во взаимосвязанности и взаимообусловленности метаболической и иммунной систем, метаболическая неустойчивость приводит к иммунной неустойчивости. Возникновение в иммунологически ослабленном организме пациентов с ожирением, инфекции (грипп, ОРВИ и др.), является сильной дополнительной нагрузкой на иммунную систему, которая усиливает уже имеющуюся иммунную недостаточность. Особенности клинического течения ОРВИ у больных с ожирением являются: стертое начало, длительное течение, частое формирование бактериальных осложнений, повышение симптоматики со стороны ССС, зависят от степени выраженности метаболических нарушений (степени ожирения, дислипидемии, артериальной гипертензии, нарушений углеводного обмена). Большое значение придается роли инфекций в

прогрессировании и декомпенсации соматических заболеваний [2, 3]. Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют, что любая инфекция сопровождается обострением хронической соматической патологии. Дисбаланс питания и повышение ИМТ у больных с ожирением и МС ассоциирован с формированием хронического системного воспаления, наряду с дисбалансом липидов, инсулинорезистентностью, гиперинсулинемией, гиперлептинемией, дисбалансом в иммунной системе, нарушениями в тромбоцитарном, коагуляционном, фибринолитическом звеньях гемостаза. Подход к проблеме, на стыке соматической и инфекционной патологии, требует детального изучения особенностей течения инфекционных заболеваний у пациентов с ожирением, как одним из проявлений метаболического синдрома с целью снижения формирования осложнений со стороны бронхолегочной системы, сердечнососудистой системы, прогрессирование нарушений углеводного обмена. Требуется анализа и оценки возможности коррекции течения инфекционных болезней пациентов с МС на фоне коррекции метаболических составляющих [1, 3].

Цель исследования: представить частоту и структуру инфекционной патологии у пациентов с ожирением, госпитализированных в УЗ «ГОИКБ».

Методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 70 (100%) взрослых пациентов с массой тела 100 кг и более, госпитализированных в Гродненскую областную клиническую инфекционную больницу за период с 01.04.2017 по 01.04.2018 с различной патологией. Диагноз ожирения устанавливался на основании показателя индекса массы тела (ИМТ), который вычислялся по формуле: вес в килограммах разделить на квадрат роста в метрах.

Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного обеспечения STATISTICA 10.0. для Windows. Данные представлены в виде Ме и интерквартильного размаха, минимальных и максимальных значений.

Результаты и обсуждения. Среди всех взрослых пациентов, госпитализированных за указанный период в инфекционный стационар (3104 человека), удельный вес людей с массой тела более 100 кг составил 2,25%. Среди поступивших пациентов на основании расчёта ИМТ предожирение было у 7 пациентов (10,0%), ожирение 1 степени установлено у 26 (37,15%), ожирение 2 степени – у 33 пациентов (47, 14%), ожирение 3 степени – у 4 (5,71%). Медиана ИМТ в группе составила 35,15 (32,54 – 37,87). Койко-день – 7 (6-11).

Наиболее частым диагнозом у пациентов с ожирением был острый гастроэнтерит – 23 пациента (32,9%). Это связано с тем, что данная патология занимает ведущее место в структуре инфекционных заболеваний у пациентов, госпитализированных в УЗ «ГОИКБ». Другие нозологические формы заболеваний у пациентов с ожирением распределились следующим образом: ОРИ – 16 пациентов (22,9%), рожа – 9 (12,9%), патология печени (в том числе и неинфекционная) – 14 (20%), ангина – 4 (5,7%), клещевой боррелиоз – 3 (4,29%), инфекционный мононуклеоз – 1 (1,31%). Обращает на себя

внимание, что по отдельной патологии удельный вес пациентов с ожирением был достаточно высоким. Так, среди госпитализированных за данный период с диагнозом рожа, доля пациентов с ожирением была 13,43% (9 из 67), что объясняется выраженным снижением местной реактивности кожных покровов у данной категории пациентов и является предрасполагающим фактором возникновения рожи.

Выводы. Доля пациентов с ожирением, госпитализированных в инфекционный стационар за исследуемый период наблюдения составил 2,25%. Наиболее высокая доля ожирения у пациентов с диагнозом рожа. Среди госпитализированных пациентов с различной инфекционной патологией и массой тела 100 кг и более основную группу составили острые гастроэнтериты. У большинства поступивших ожирение было 2 степени. Требуется дальнейший анализ особенностей течения инфекционной патологии на фоне ожирения для разработки коррекции метаболических нарушений с целью улучшения течения и прогноза инфекционных заболеваний у данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глухов Н.В. Метаболический синдром при ВИЧ-инфекции. Введение в проблему / Глухов Н.В., Чубриева С. Ю., Рассохин В.В. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – Том: 1 Номер: 2. – 2009. – С. 38-49
2. Малыхин Ф.Т. Метаболический синдром и присоединение бактериальной инфекции как факторы риска фатального исхода при гриппе А / H1 N1, осложненном пневмонией / Малыхин Ф.Т., Титоренко Е.В., Батурин В.А., Форсикова Н.Г. // Пульмонология. – 2012. – № 5. – С. 105-109.
3. Liko.J. Priming with whole-cell versus acellular pertussis vaccine / J. Liko, C. Robinson [et all] // N. Engl. J. Med. – 2013. – N 7. – P. 581-582.

ИНТРАОРГАННАЯ АРХИТЕКТОНИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

***Ложко П.М., Киселевский Ю.М., Кудло В.В., Бойко Д.Н.,
Стенько А.А.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Успехи хирургической гепатологии во многом обусловлены постоянным совершенствованием техники резекции печени. Хирургические операции на печени могут быть успешными лишь при условии достаточных знаний анатомо-топографических особенностей органа и его кровоснабжения, отличающегося выраженной индивидуальной вариабельностью [1, 3, 5]. Учитывая возрастающее количество трансплантаций печени, хирургических вмешательств при патологии печени, воротной (ВВ) и печеночных вен [4], внедрение методов пункционной биопсии, применение химиоинфузии и химиоэмболизации печёночной артерии [2], предполагающих детальное представление об интраорганной топографии данного сосуда, вопрос